UZ LEUVEN

CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID

8-24990-92-00

FORMULAIRE DE DEMANDE

Dépistage Prénatal Non Invasif (DPNI/NIPT)

tel. +32-16-345903 - fax +32-16-346060 - E-mail : stalenreceptieCME@uzleuven.be
Website : http://www.uzleuven.be/nl/centrum-menselijke-erfelijkheid/centrum-menselijke-erfelijkheid
http://www.uzleuven.be/fr/nipt

09-2019

Nr. 3022

IDENTITÉ DE LA PATIENTE

UNITE : _____ CHAMBRE/LIT : _____ / _____

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. |_|_|_|_|_|_|_|

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| (j j m m a a) Sexe : |_|

ORGANISME ASSUREUR N° |_|_|_|_| KG1/KG2 : |_|_|_|_| / |_|_|_|_|

Parenté |_|

Matricule : _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution : _____

N° d'identification : _____ Service : _____

ADRESSOGRAMME

INFORMATIONS SUR LA PATIENTE

Âge gestationnel : _____ semaines

Date prévue d'accouchement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ Grossesse monofoetale

Grossesse multiple : ☐ DCDA ☐ MCDA ☐ MCMA ☐ vanishing twin

Poids avant la grossesse : |_|_|_|_| kg

Taille : |_|_|,|_|_| m

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

À RENSEIGNER AU VERSO

PRÉLÈVEMENT SANGUIN

CONDITIONS STRICTES

Le sang maternel prélevé (cfDNA tube [firma Streck/Roche]) doit être acheminé au laboratoire dans les 72 heures.

Sang maternel :

3470 ☐ 1 tube plein, type STRECK (motif camouflage)

3470 ☐ 1 tube plein, type cfDNA (tube blanc, Roche)

Date du prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Heure du prélèvement : |_|_| h |_|_| min

INDICATION

☐ Âge de la patiente :

Précisez : _____ ans

☐ Antécédents familiaux :

Précisez : _____

chez _____

☐ Demande personnelle de la patiente

☐ Autres informations cliniques pertinentes :

Précisez : _____

_____

_____

MÉDECINS EN COPIE

Gynécologue : _____

Médecin de famille : _____

DATE DE DEMANDE : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

DEMANDEUR Dr. : _____

I.D. nr. : N° INAMI : |_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Signature

FOETUS (POUR USAGE INTERNE)

IDENTIFICATION EAD-/HOS-nr. |_|_|_|_|_|_|_|

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| (j j m m a a) Sexe : |_|

ORGANISME ASSUREUR N° |_|_|_|_| KG1/KG2 : |_|_|_|_| / |_|_|_|_|

Parenté |_|

Matricule : _____

Si le patient est hospitalisé ailleurs, institution : _____

N° d'identification : _____ Service : _____

ADRESSOGRAMME

Art. 613022

09-2019

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
DÉPISTAGE PRÉNATAL NON INVASIF (DPNI/NIPT)

UZ LEUVEN | CENTRUM MENSELIJKE ERFELIJKHEID

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DE LA FEMME ENCEINTE

1. J'ai compris les possibilités et les limites de ce test comme l'indique la brochure d'information. J'ai eu également la possibilité de poser des questions à mon médecin qui y a répondu d'une façon claire, complète et satisfaisante.

2. J'ai été clairement avertie que ce test est adapté à la détection des trisomies 21, 18 et 13 à partir de la douzième semaine de grossesse. D'autres tests mieux appropriés peuvent être demandés si le risque d'anomalies génétiques spécifiques est élevé.

3. J'ai été clairement prévenue que ce test est très précis, mais pas à 100%. En cas de normalité du DPNI, la probabilité que mon bébé soit porteur d'une trisomie 21, 18 ou 13 est trés faible, mais ne peut être entièrement exclue. D'autre part, j'ai compris que tout résultat anormal doit être confirmé par un diagnostic prénatal invasif, à savoir par une amniocentèse.

4. J'ai compris que les résultats du DPNI sont connus dans un délai maximum de 7 jours calendaires suivant la réception du prélèvement dans notre laboratoire. **Je peux consulter les résultats dans mon dossier médical électronique via www.mynexuzhealth.be.**

5. Je suis informée que dans de rares cas, le DPNI est non conclusif ou échoue.
Dans ce cas, le DPNI peut être refait gratuitement à partir d'un deuxième prélèvement.

6. Avec le DPNI, tous les chromosomes sont analysés. Par conséquent, le DPNI peut également dans de rares cas détecter d'autres anomalies chromosomiques (par exemple une trisomie d'un autre chromosome chez le bébé ou une anomalie chromosomique chez moi). Dans ce cas, le Centre de Génétique Humaine ou mon gynécologue me contacteront.

7. J'ai compris que le DPNI est remboursé en Belgique. Dès-lors, les frais pour les membres d'une assurance maladie belge ne seront plus que de **8,68€**. En cas d'une intervention majorée, le DPNI est gratuit. Si je ne suis pas affiliée à une assurance maladie belge, le coût pour le test de laboratoire est de 263,25€.

8. Je comprends qu'après la réalisation du DPNI, les matières résiduelles et les données génomiques obtenues peuvent être utilisées anonymement à des fins de validation, de contrôle de la qualité interne ou de recherche (par exemple, l'optimisation du DPNI et les nouveaux développements).

☐ Je confirme que dans le cadre de ma grossesse actuelle, je n'ai pas déjà eu de test combiné ou de DPNI ayant été remboursés par la mutualité.

☐ J'ai compris tout ce qui a été exposé ci-dessus, et je donne en conséquence mon consentement pour que le DPNI soit réalisé.

FEMME ENCEINTE	MÉDECIN RÉFÉRENT
Nom : _____	Nom : _____
Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|	Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|
N° de GSM : +|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|	Signature :
E-mail : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
@ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
Signature :	

à remplir en lettres majuscules s.v.p.